

Formulario de solicitud de apelación

Usted puede solicitar una audiencia ante un juez si cree que cometimos un error respecto a su elegibilidad o la de los miembros de su familia. Al llenar este formulario usted solicita una audiencia ante un juez. **¡Hay un límite de tiempo para solicitar una apelación!** Asegúrese de enviar este formulario en menos de 90 días calendario a partir de la fecha de la notificación de elegibilidad que está impugnando.

Identificación de la solicitud	Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)	Fecha de la notificación de elegibilidad
--------------------------------	---------------------------	--

Información del apelante

(Un "apelante" es la persona que solicita una apelación. El apelante debe ser el solicitante primario en su solicitud de Washington Healthplanfinder).

Nombre	Inicial intermedia	Apellido
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de teléfono durante el día ()	Dirección de correo electrónico
Dirección		Dept./Suite.
Ciudad	Estado	Código postal
¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con usted?		
<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo		

Razones para presentar la apelación por correo a:

Enviar la apelación por

Washington Healthplanfinder elegibilidad para o la cantidad de:

- Crédito fiscal para primas de seguro médico:
- Costos compartidos
- Elegibilidad empresarial en Washington Healthplanfinder Business

Washington Health Benefit Exchange Appeals
PO Box 1757, Olympia, WA 98504-1757
Fax: 360-841-7653
Preguntas: 1-855-859-2512

Elegibilidad para Washington Apple Health (Medicaid).

- Quisiera conservar mi cobertura de Washington Apple Health durante el proceso de apelación.

Washington Apple Health
PO Box 45504, Olympia, WA 98504-5504

Preguntas sobre Apple Health: 1-855-623-9357

*Debe enviar este formulario antes de que transcurran 10 días de la recepción de su notificación de elegibilidad o antes de que termine su cobertura.

Explique brevemente las razones de su apelación

¿Por qué desea una audiencia?

Representante autorizado (opcional)

Usted puede pedir a un familiar, amigo, abogado o a otro vocero, incluyendo a un representante autorizado, que le ayude a presentar esta apelación o que participe en su apelación. Si decide nombrar un representante autorizado, otorga a esta persona permiso para hablar con nosotros sobre su apelación.

Nombre el representante autorizado (nombre, inicial intermedia, apellido)

Número de teléfono durante el día	Número de teléfono alternativo	Dirección de correo electrónico
Dirección		Dept./Suite.
Ciudad	Estado	Código postal
Relación del representante con usted (marque todas las aplicables)		
<input type="checkbox"/> Abogado/Asesor legal <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Familiar o amigo <input type="checkbox"/> Representante tribal		<input type="checkbox"/> Agente, corredor u orientador de seguros <input type="checkbox"/> Tutor legal/Carta poder <input type="checkbox"/> Consultor legal o defensor (no abogado) <input type="checkbox"/> Otro:

¿Cómo podemos ayudar?

Las audiencias de apelación son en inglés, a menos que usted solicite un intérprete u otras facilidades.

¿Desea sus notificaciones en un idioma que no sea inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿qué idioma?
¿Desea un intérprete sin costo para usted? (Sus amigos y familiares no pueden fungir como intérpretes). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿qué idioma?
¿Necesita otras facilidades o ayuda debido a una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es sí, describa lo que necesita:	

Afiliación tribal

¿Es usted miembro de una tribu reconocida federalmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿de qué tribu?
--	---------------------------------------

Lea y firme debajo (obligatorio)

Mi firma debajo es mi solicitud de una audiencia ante un juez. No estoy de acuerdo con la decisión sobre mi elegibilidad. La información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que esta solicitud de apelación puede ser reenviada a la entidad con autoridad para manejar mi apelación.

Firma del apelante

X

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Solicitar una apelación anticipada. El proceso normal de apelación toma de 30 a 90 días. Puede solicitar una audiencia anticipada (más rápido) si tiene una necesidad inmediata de servicios de salud. Si solicita una apelación anticipada, debe incluir también evidencias de que el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad de conservar o recuperar sus capacidades máximas. Llame a Apelaciones al 1-855-859-2512 para más información.

Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority también cumple con las leyes estatales aplicables y no discrimina con base en credo, género, expresión o identidad de género, orientación sexual, estado civil, religión, condición de veterano o militar honorablemente retirado, o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio por una persona con discapacidad.

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con 1-855-923-4633.

Si cree que el Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority no ha proporcionado estos servicios, o ha discriminado de alguna otra manera, puede presentar una queja ante:

Washington Health Benefit Exchange Legal Department ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 1-855-859-2512 Fax: 360-841-7653 appeals@wahbexchange.org	Health Care Authority Division of Legal Services ATTN: Compliance Officer PO Box 42700 Olympia, WA 98504-2700 1-855-682-0787 Fax: 360-586-9551 compliance@hca.wa.gov
--	---

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Washington Health Benefit Exchange Legal Department/Health Care Authority Division of Legal Services está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្បួល, គឺអាចមានសំរាប់បម្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).